

**Bitte Impfpass und gelbes Heft mitbringen!**

Kind	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsland	
Schule	

Vater	Mutter
Name	
Vorname	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefon-Nr.	

Name des Kindergartens				
im Kindergarten	seit Monat/Jahr	Eingliederungshilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Betreuungsstunden im Kindergarten	pro Woche	Familienhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Geburtsjahr der Geschwister	19	19	19	19	20	20	20	20	20
-----------------------------	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf:

ohne Besonderheiten                      Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_                      Apgar: \_\_\_\_\_

mit Besonderheiten: \_\_\_\_\_                      pH: \_\_\_\_\_

- Frühgeburt in der \_\_\_\_\_ Woche     Komplikationen     Mehrlingsgeburt  
 Kaiserschnitt                       Saugglocke                       Zangengeburt                       Verlegung Kinderklinik

Hat Ihr Kind im Säuglingsalter viel geschrien?  
 ja     nein

Hatte oder hat Ihr Kind eine ernsthafte oder chronische Erkrankungen?  
 ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bestehen ernsthafte Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen in der Familie?  
 ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Krankenhausaufenthalte, Operationen oder Unfälle? (z.B. Polypenentfernung, Mandeloperation, Paukenröhrchen)  
 ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind?  
 \_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind Hilfsmittel?     ja     nein

Wenn ja, welche?     Brille                       Hörgerät  
 Schielpflaster                       andere

Name der behandelnden Ärzte:  
 Kinderarzt \_\_\_\_\_                      Hausarzt \_\_\_\_\_                      Augenarzt \_\_\_\_\_  
 HNO-Arzt \_\_\_\_\_                      Pädaudiologe \_\_\_\_\_                      Orthopäde \_\_\_\_\_  
 Kinder- und Jugendpsychiater \_\_\_\_\_                      Beratungsstelle \_\_\_\_\_

- Hatte oder hat Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?     nein                       ja, folgende:
- häufig Bronchitis
  - Asthma/hyperreagibles Bronchialsystem
  - Ekzem oder Neurodermits
  - häufig und lang andauernden Schnupfen
  - häufig Bauchschmerzen
  - häufig Kopfschmerzen
  - ADS/ADHS
  - Häufig Mittelohrentzündungen
  - Probleme mit den Ohren/Verdacht auf schlechtes Hören
  - Fieberkrämpfe oder Anfallsleiden
  - Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankung
  - Hüftgelenkerkrankung oder andere orthopädische Erkrankung
  - Herzfehler
  - Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_
  - Allergien gegen: \_\_\_\_\_

**>> bitte wenden**

Mein Kind ist gekrabbelt:  ja  nein

Mein Kind konnte mit \_\_\_\_ Monaten frei laufen.

Wann sprach Ihr Kind die ersten Worte?

Mit \_\_\_\_ Monaten.

Wann sprach Ihr Kind die ersten kleinen Sätze?

Mit \_\_\_\_ Monaten.

Spricht Ihr Kind alle Laute bzw. Buchstaben korrekt aus?  ja  nein

Welche Sprache wurde in den ersten vier Lebensjahren zu Hause mit dem Kind überwiegend gesprochen?

\_\_\_\_\_

Sind Sie mit der Entwicklung Ihres Kindes zufrieden?  ja  nein

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?  ja  nein

Hat Ihr Kind Freunde und Spielkameraden?  ja  nein

Ist Ihr Kind häufig unruhig?  ja  nein

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?  ja  nein

Kann sich Ihr Kind in der Gruppe gut konzentrieren?  ja  nein

Malt Ihr Kind gerne?  ja  nein

Kann Ihr Kind geduldig abwarten?  ja  nein

Kann Ihr Kind schon Fahrrad fahren (ohne Stützräder)?  ja  nein

Macht Ihr Kind Sport im Verein (z.B. Turnen, Schwimmen, Tanzen, etc.)?  ja  nein

Hat Ihr Kind einen Fernseher/PC/eine Spielekonsole im Kinderzimmer?  ja  nein

Macht Ihr Kind Musik (Instrument, Chor, musikalische Früherziehung)?  ja  nein

Kann Ihr Kind schon schwimmen?  ja  nein

Wie lange schaut Ihr Kind am Tag Fernsehen oder spielt Handy/Tablet/PC/Spielekonsole? \_\_\_\_\_ Minuten

Wie oft nässt Ihr Kind nachts noch ein?  keinmal  jede Nacht  jede 2. Nacht  1-2-mal im Monat  seltener

Hat oder hatte Ihr Kind Therapie oder Fördermaßnahmen?

ja, und zwar  nein, keine Therapie

Krankengymnastik/Psychomotorik \_\_\_\_\_

Ergotherapie \_\_\_\_\_

Sprachtherapie/Logopädie \_\_\_\_\_

Haus früher Hilfen/Frühförderstelle \_\_\_\_\_

Vorstellung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) ist erfolgt. Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Gibt es für Ihr Kind sozialrechtliche Hilfen?  nein  Pflegestufe  Behindertenausweis  andere

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten gleichzeitig Niesanfällen eine laufende, verstopfte oder juckende Nase und/oder tränende, gerötete, juckende Augen obwohl es **nicht erkältet** war (Heuschnupfen)?  ja  nein

War Ihr Kind durch diese Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

gar nicht  wenig  mittelstark  stark

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Geräusche beim Atmen?  ja  nein

Ist Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung nachts aufgewacht?  ja  nein

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten pfeifende oder keuchende Atmung während oder nach körperlicher Anstrengung?  ja  nein

War Ihr Kind durch die Atembeschwerden in den letzten 12 Monaten bei seinen Aktivitäten eingeschränkt?

gar nicht  wenig  mittelstark  stark

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:  Vater  Mutter  \_\_\_\_\_